FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Fernand VERRIER
Interne des Hôpitaux de Reims
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims
Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Versailles
Externe des Hôpitaux de Paris

DE L'ANASTOMOSE ENTÉRO-RECTALE

PAR LE PROCÉDÉ

de la Pince porte-bouton de Lardennois

Président: *M.* BERGER, *Professeur.*

Juges: *MM.* DE LAPERSONNE, *Professeur.*
THIÉRY, *Agrégé.*
LAUNOIS, *Agrégé.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement medical

PARIS
LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1
—
1907

FACULTÉ DE MEDECINE, DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
	HUTINEL
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	.....
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	.....
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	FAURE	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GOUGET	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

qui m'ont fait donner mon instruction.

A MA FEMME ET A MA FILLE

près desquelles je désire l'utiliser.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE REIMS

ET EN PARTICULIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARDENNOIS

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien des hôpitaux de Reims,
Professeur à l'école de médecine,

qui a bien voulu me fournir le sujet de ma thèse et m'aider dans mon travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

Professeur de clinique chirurgicale,
Chirurgien des hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,

qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

INTRODUCTION

Actuellement l'anus contre nature n'est qu'un pis-aller et l'on tend de plus en plus à remplacer cette opération par une entéro-anastomose.

L'anus contre nature a pour lui sa facilité, sa bénignité il est à la portée d'un médecin non chirurgien. On n'a plus de péritonites, on a de bonnes techniques et malgré les procédés opératoires les plus ingénieux comme celui de Gleich (colostomie fessière en passant à travers l'os iliaque) ou celui de Witzel (en passant au-dessus de lui), malgré la torsion de l'intestin comme la pratiquaient Gersuny et Rydygier, on ne peut obtenir un nouvel anus pourvu d'un sphincter et véritablement continent.

Hartmann cependant a donné au Congrès international de médecine de 1900, une technique très élégante et qui donne d'excellents résultats ; sans inciser les muscles de la paroi, il pratique une simple dissociation musculaire identique à celle qu'utilise Mac Burney dans son procédé opératoire pour l'appendicite et il n'ouvre l'intestin que sur une très petite étendue. On obtient ainsi un anus pourvu d'une sorte d'anneau musculaire susceptible de se contracter et de se fermer, par conséquent de devenir presque continent.

Les malades vont à la garde-robe le matin en prenant

au besoin un lavement dans le bout supérieur et le reste de la journée, ils ne perdent pour ainsi dire pas de matières ; il leur suffit de porter un petit appareil très simple, tel que celui de Reverdin modifié par Hartmann, quelques-uns même se contentent d'une simple compresse.

Ces malades se livrent à leurs occupations habituelles, vont en soirée et l'un d'eux même officier de cavalerie opéré par Hartmann, n'a pas cessé de monter à cheval depuis l'intervention.

Malgré la supériorité de cette colostomie iliaque, il n'en est pas moins vrai que c'est une infirmité pénible, dégoutante ; l'anus contre nature surtout s'il a été placé sur le cœcum, et si l'on n'a pas pu déterminer un bon éperon devient une cause d'affaiblissement pour le malade.

Le chirurgien satisfait de cette opération facile et rapide escompte une bonne survie et l'amélioration de l'état général. Souvent son espoir est bien trompé. Le malade déjà épuisé se cachectise et succombe rapidement après quelques semaines, voire même quelques jours. On n'a donc pas obtenu les sérieux bénéfices sur lesquels on croyait devoir compter.

On assiste aussi à des complications contre lesquelles il est très difficile de lutter.

Quelquefois malgré toutes les précautions prises, on observe l'infection de la plaie, l'érythème et l'ulcération de la peau de voisinage. De petits abcès pariétaux peuvent se développer au niveau des points de suture et en menacent la réunion. Souvent la muqueuse intestinale est également irritée et altérée. On voit survenir une diarrhée tenace et persistante, une colite infectieuse résistant au traitement

médical le plus sévère et qui ne contribue pas pour peu à la déchéance physique et morale du patient. Plusieurs malades se laissent mourir d'épuisement ; ils refusent obstinément de manger, espérant diminuer ainsi l'abondance de l'écoulement.

Un certain nombre d'opérés cependant, surtout les non cancéreux peuvent obtenir de très longues survies après l'établissement de l'anus contre nature. Il en est assurément qui s'accommodent de cette triste sujétion. Conscients de l'importance du danger évité, ils acceptent les inconvénients de leur nouvel état (vivre malheureux plutôt que mourir, est la devise de beaucoup).

Par un régime scrupuleusement suivi, ils s'efforcent de rester constipés et d'avoir seulement une selle chaque matin. Mais ces malades résignés sont la minorité ; chez les sujets prédisposés à l'hypochondrie, et ils sont nombreux, l'anus contre nature donne des résultats pénibles pour le moral des malades, et peut devenir le point de départ de troubles mentaux exigeant l'internement. Les exemples sont nombreux, et tout récemment à propos d'une discussion sur l'entéro-rectostomie (1), M. Picqué citait l'observation d'une femme atteinte d'anus stercoral consécutif à une hernie gangrenée. Cette malade était tombée dans un état de mélancolie avec tendance au suicide. Internée à Ville-Evrard, elle y fut opérée par M. Chaput. L'opération amena la guérison de son infirmité et de son état mental.

Une autre malade âgée de 35 ans, opérée d'urgence pro-

(1) M. Picqué. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 29 nov. 1905.

bablement pour une suppuration pelvienne avait conservé une fistule stercorale. Elle fut atteinte à la suite de délire mélancolique avec idées confuses de persécution. Le résultat de l'opération (fermeture de la fistule) fut immédiat, depuis toute idée délirante a disparu.

Guinard (1) cite le cas d'un de ses opérés de cancer en virole du rectum et porteur d'un anus iliaque qui chasse, va au théâtre, passe l'hiver à Nice et l'été à Vichy et dont l'état général est parfait. « Il n'en reste pas moins vrai, en convient-il, qu'il ne vit que dans l'espoir que je pourrai bientôt le débarrasser de son anus artificiel et en cela il présente la mentalité de la grande majorité, sinon de la totalité des opérés de ce genre. » Ce sont ces multiples inconvénients de l'anus contre nature qui ont porté les chirurgiens à tenter l'anastomose, dans tous les cas même quand la lésion siège très bas sur l'anse signoïde ou la partie supérieure du rectum.

(1) Guinard. *Société de Chirurgie*, 15 nov. 1905.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION DE L'ENTÉRO-RECTOSTOMIE

Comme nous l'a dit Lardennois après Chaput (1) *l'entéro-anastomose est un anus contre nature qui débouche dans une autre anse d'intestin. L'entéro-rectostomie est l'anastomose d'une anse intestinale quelconque avec le rectum. C'est un anus ouvert sans le rectum, un anus artificiel qui débouche au-dessus d'un sphincter toujours continent et soumis à la volonté.* Les inconvénients de la colostomie sont donc, de ce fait, supprimés.

Division. — Le terme entérorectostomie est le terme générique, selon les circonstances, on pourra anastomoser au rectum, soit l'iléon, soit le gros intestin.

Si c'est l'iléon, on a une iléo-rectostomie (la plus fréquemment pratiquée) si c'est le gros intestin, ce sera selon le segment anastomosé : une cœco-rectostomie, une colo-rectostomie, une transverso-rectostomie, une sigmoïdo-rectostomie.

L'entéro-anastomose fut pratiquée pour la première fois par Maisonneuve en 1854. Von Hacker obtint les deux

(1) Chaput. Voir son important mémoire. *Archives générales de médecine*, 1891.

premiers succès en 1888. Chaput, en 1891, réunit vingt-neuf observations, mais on ne croyait pas possible l'entéro-rectostomie.

Dans le travail cité plus haut, Chaput dit :

L'entéro-anastomose se pose encore. A la condition toutefois que l'obstacle ne siège pas au-dessous de l'S iliaque, auquel cas la lésion serait véritablement au-dessus des ressources de l'art.

L'anastomose habituelle se pratique en effet hors du ventre, les deux anses intestinales dont on veut pratiquer l'accolement sont attirées hors de la plaie et reposent sur un lit de compresses aseptiques destinées à prévenir l'issue des matières stercorales dans le péritoine. L'opérateur a toute facilité pour pratiquer ses surjets d'adossement et d'union et inciser en sûreté son intestin. La coprostase est facile et si par malchance, l'ouverture de l'intestin laisse échapper quelques gouttes de matières septiques, la souillure bien localisée est rapidement conjurée, les risques d'infection demeurent très minimes. Dans les tumeurs situées très bas, sur le rectum, malgré le refoulement des anses intestinales contenues dans le petit bassin et la position de Trendelenburg, il n'en est pas moins vrai qu'avec le procédé des sutures l'entéro-rectostomie est une tout autre entreprise, il faut manœuvrer son aiguille et sa pince à bout de doigts dans la concavité de la niche sacrée. On est à la merci du moindre incident. Le contenu de l'intestin peut souiller le péritoine et l'opération devient extrêmement dangereuse.

Historique. — L'entéro-rectostomie ne date cependant

pas d'aujourd'hui, c'est à Casamayor, en 1829, qu'il faudrait paraît-il remonter pour trouver le premier cas d'entéro-rectostomie. C'était un cas un peu spécial puisqu'il s'agissait d'un anus contre nature ouvert dans le vagin. « Casamayor fit construire une longue pince en fer, il introduisit l'un des mors dans le rectum, l'autre dans le vagin et l'iléon puis il les rapprocha et les serra pour obtenir un abouchement par sphacèle ; le malade mourut. »

Ulmann (1) a proposé un procédé pour aboucher le côlon dans le rectum : dans les carcinomes inopérables de la partie supérieure du rectum, il utilisait la voie sacrée pour attirer le côlon hors du péritoine, et l'anastomoser au rectum.

Stimson (2), en 1893, fit pour un cancer de l'S iliaque du volume du poing, adhérent, inopérable, une anastomose latéro-rectale par la méthode des sutures entre le côlon transverse et la partie supérieure du rectum. Ce fut un cas de guérison. Eiselsberg (3), en 1897, publia également une observation, ces chirurgiens, toutefois, n'eurent pas d'imitateurs. De plus, il faut se demander si ces auteurs ont anastomosé véritablement l'iléon au rectum, ou s'il ne s'agit pas plutôt d'une colosigmoïdostomie.

Avec Wassilieff (4), en 1894, l'entéro-rectostomie fait un grand pas ; ce dernier, à l'occasion d'un malade chez qui l'obstacle siégeait précisément au niveau de l'S iliaque et

(1) *Annales et Bulletin de la Société de médecine d'Anvers*, 1890.

(2) Stimson. Latéro-intestinal anastomosis for néoplasm. *Annales of Surgery*, octobre 1893.

(3) Eiselberg. *Arch. für klin. chir.*, 1898, vol. 54. p. 616.

(4) Wassilieff. De l'iléo-rectostomie. *Thèse*, Paris, 1894-1895.

qui portait déjà un anus cœcal, fit des recherches pour essayer de pratiquer une anastomose au-dessous du rétrécissement. C'est ainsi qu'il conçut l'idée de l'entéro-rectostomie. Il conseille deux procédés :

I. — **Le premier**, extrapéritonéal, se fait en deux temps, d'abord laparotomie, recherche de la dernière anse iléale au moyen d'un fil passé dans le mésentère, ce dernier est conduit à l'aide d'une pince à travers le cul-de-sac de Douglas ; l'opérateur aborde alors le périnée par une incision pré et périrectale et incise le péritoine sur le bec de la pince ; l'intestin grêle, attiré à travers la brèche, est alors accolé à la partie sus-sphinctérienne du rectum.

II. — **Le deuxième procédé** intrapéritonéal, après laparotomie et recherche de la dernière anse iléale, un fil est passé dans le mésentère, et à l'aide de ce dernier on applique l'anse intestinale contre le rectum : une pince à long mors est introduite par l'anus, les mors écartés : à travers la paroi antérieure pincée, l'aide saisit le bout libre de l'intestin, la pince est serrée comme un entérotome et elle reste dans le rectum jusqu'à ce qu'elle tombe par son propre poids.

Les interventions conseillées par Wassilief semblent bien hasardeuses et bien difficiles à exécuter. L'anastomose ileo-rectale dans la plaie périnéale, si l'on échoue, n'aboutit qu'à l'anus périnéal, le plus détestable qu'il soit.

Quant à l'iléo-rectostomie intrapéritonéale, c'est une grosse opération qui nécessite plusieurs séances. Avec le procédé de la pince quel qu'élégant et simple qu'il paraisse,

on se heurte à de grandes difficultés pratiques. Les parois rectales même dans la portion saine, sont souvent épaissies par la périrectite et infiltrées de graisse ; il est alors presque impossible de pincer à la fois les parois rectales et iléales. L'intestin grêle peut s'échapper au moment où l'on serre les mors de la pince et l'on a produit simplement par sphacèle une perforation rectale. D'autre part, il est très pénible pour le malade de garder pendant six à sept jours un large clamp dans le rectum.

Il importait de trouver autre chose que la pince faisant office d'entérotome ; l'idée d'anastomoser l'intestin avec le rectum à l'aide du bouton de Murphy a été mise en pratique après expérimentation sur les chiens par Bacon de Louisville en 1894. L'opération s'adressait à des rétrécissements du rectum.

Voici d'après Quenu et Hartmann, la technique de l'opération de Bacon (1) : « La branche mâle d'un bouton de Murphy étant placée dans le point de l'anse sigmoïde qui va servir à l'anastomose, la branche femelle est introduite par l'anus montée sur une pince trocart avec laquelle on perfore la paroi du rectum au dessous du rétrécissement. La tige du bouton portée par la pince trocart que dirige un aide apparaissant dans l'abdomen ,est saisie par la main gauche de l'opérateur qui tenant la branche droite de la

Fig. 1.

(1) Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 318.

main droite réunit les deux moitiés du bouton et établit l'anastomose.

Quelques sutures sont alors placées entre les points de l'anse sigmoïde et du rectum qui sont en contact de manière à empêcher une anse grêle de s'y engager.

« Le bouton est expulsé au bout de cinq à sept jours, un clamp est introduit à travers l'anus, l'une des branches s'engageant dans la boutonnière qu'on vient de créer, l'autre dans le rétrécissement, de telle manière que les deux branches, en se rapprochant, écrasent la cloison qu'elles enserrent. En serrant progressivement les mors, on arrive à détruire complètement la cloison. L'orifice anastomotique se trouve alors très agrandi par l'adjonction de ce canal supplémentaire que crée la destruction de la cloison. »

Ruth (1), compatriote de Bacon, emploie également la même technique dans le rétrécissement syphilitique.

Lardennois (2) ignorait les travaux de Bacon et de Ruth parus dans une petite revue de langue américaine inconnue à Paris, quand il fut amené quatre ans plus tard à étudier le traitement chirurgical du cancer du gros intestin : traitement curatif et traitement palliatif. C'est alors qu'il décrivit *la méthode d'anastomose entéro-latérale au moyen de la pince porte-bouton, méthode expérimentée avec succès sur le chien dès la fin de 1898*. Dans ce procédé il utilise le bouton de Murphy.

(1) Ruth. *Mathew's médical Quaterly journal Louisville*, 1894, t. I, p. 540.

(2) Lardennois. *Traitement chirurgical du cancer du gros intestin*. (Steinheil, 1899.)

(3) Lardennois. Cancer du gros intestin. *Revue générale, Gaz. des hôpitaux*, 10 février 1900.

CHAPITRE II

Recherches anatomiques.

Si quelques-uns des auteurs précédemment cités ont pratiqué de véritables entéro-rectostomies, il n'en est pas de même de tous et actuellement encore beaucoup d'anastomoses considérées à tort comme des *entéro-rectostomies* n'ont été en réalité que *des entéro-sigmoïdostomies*. Il est courant de rencontrer, dans des observations récentes, les termes *colo-rectostomie et colo-sigmoïdostomie très basse comme synonymes*. Aussi nous semble-t-il indiqué de revenir sur la définition du rectum tel qu'il est compris actuellement par tous depuis la description de Trèves. *On considère aujourd'hui que la partie pourvue d'un méso qui, dans l'ancienne nomenclature, formait sa portion supérieure, ne lui appartient pas, que cette partie supérieure forme la partie inférieure du côlon iléo-pelvien, côlon iléo-pelvien dit encore : anse sigmoïde, anse oméga, dont la limite supérieure se trouve au niveau de la crête iliaque gauche, là où finit le côlon descendant et dont la limite inférieure correspond à la troisième vertèbre sacrée, là où commence le rectum, tel qu'on le conçoit à l'heure présente.*

Nous donnons à l'appui de ces réflexions un fragment

d'observation de JAYLE, c'est à propos d'une *recto-colostomie* effectuée pour obstruction intestinale aiguë causée par un cancer en virole de l'S iliaque.

« *Je fis donc une laparotomie latérale gauche et je trouvai aussitôt une tumeur du volume d'un œuf siégeant sur la partie moyenne de l'S iliaque et adhérant en partie au pelvis. L'extirpation fut jugée impossible et je pratiquai une entéro-anastomose ; j'attirai la partie de l'S iliaque située au-dessous de la tumeur le plus possible, de manière à atteindre la portion supérieure du rectum ; d'autre part je saisis le côlon descendant au-dessus de la masse néoplasique et le rapprochai du rectum. L'anastomose fut établie selon les règles ordinaires, aussi large que possible de manière à faire une bouche intestinale d'environ 6 centimètres de diamètre longitudinal.* » L'anastomose fut faite par sutures. JAYLE a adopté ici l'ancienne définition du rectum, le rectum dont la partie supérieure était pourvue d'un méso, et c'est grâce à ce méso-rectum de l'ancienne nomenclature ou mieux grâce à la partie inférieure de ce méso-côlon iléo-pelvien qu'il a pu faire l'anastomose facilitée par la mobilité de ces deux portions.

En réalité Jayle a fait une *colo-sigmoïdostomie.*

Au niveau au-dessus de la troisième sacrée, l'anastomose intestinale, par suture semble assez commode, car on opère en réalité dans le grand bassin, ou tout au moins à la partie supérieure du petit bassin et il n'y a pas de grosses difficultés pour placer les fils et les nouer convenablement. Il n'en est pas le même plus bas à cause de la fixité du rectum, aussi est-il nécessaire d'étudier d'une part la mobilité des différents segments intestinaux que

l'on peut anastomoser avec le rectum fixe, d'autre part les rapports du rectum, à sa partie antérieure, point d'élection pour l'abouchement intestinal.

I. — Lardennois, de Reims, dans un mémoire présenté en 1898 pour le prix Amussat de l'Académie a fait des recherches personnelles.(1) Il en résulte *que l'on peut toujours adosser au rectum la dernière anse iléale*, d'autre part on peut dans certains cas rapprocher de lui certaines portions mobiles du gros intestin, le côlon transverse, le cœcum et surtout l'S iliaque ou anse oméga. Tout à fait exceptionnellement, le colon transverse, dilaté et prolabé surtout dans sa partie gauche, peut descendre jusque dans le petit bassin.

Plus exceptionnellement encore il est possible d'anastomoser le rectum avec le côlon descendant, cependant, dans certains cas très rares il est vrai, le rapprochement a été possible, témoin une observation de Guinard (2) : « *Par une grande incision médiane, je trouve une masse néoplasique du volume du poing dans la fosse iliaque gauche sur l'S iliaque. J'anastomose avec la plus grande facilité la terminaison du côlon descendant très distendu avec la partie la plus élevée du rectum.* » Le cœcum, dans certains cas, est très mobile, très bas situé, entouré de péritoine sur une grande hauteur. Il est bien rare cependant qu'on puisse l'attirer assez bas pour l'anastomoser au rectum. Guinard (3) cite également une observation : « *Le cœcum dilaté venait au contact du promontoire et du rectum, si bien*

(1) Lardennois. De l'anastomose entérorectale. Revue de Gynéologie et de Chirurgie abdominale, mars-avril 1899

(2) Guinard. Société de Chirurgie, 15 nov. 1905.

(3) Guinard. Société de Chirurgie, 15 nov. 1905.

que je fus tenté d'anastomoser le cœcum avec la partie la plus élevée du rectum. L'opération fut des plus simples et par cette anastomose cœcorectale, les gaz qui distendaient tout le gros intestin s'échappèrent très rapidement du côté de l'anus. » La *cœcorectostomie,* dans la plupart des cas rares où on peut l'attirer assez bas pour l'anastomoser au rectum, est plus laborieuse et plus délicate que l'anastomose iléo-rectale. *Bien que l'on soit tenté de suturer les segments intestinaux qui, sans tiraillement se juxtaposent facilement, il est préférable de réagir contre cette tendance et de donner la préférence à l'anastomose iléo-rectale* (1).

On a beaucoup discuté sur la disposition de l'S iliaque, pratiquement, et c'est à ce point de vue que nous devons nous placer : il existe, entre le côlon descendant fixé à la paroi lombaire et d'autre part le rectum fixé étroitement aux vertèbres sacrées, un segment intestinal libre et pourvu le plus souvent d'un assez long méso. Le segment du gros intestin est appelé *S iliaque, côlon iléo-pelvien* ou *flexure sigmoïde.* Ce qui nous intéresse au point de vue de notre opération, c'est que la *partie moyenne* de cette anse intestinale *peut presque toujours être attirée près du rectum.*

Quand la *sigmoïdo-rectostomie* est impossible, ou bien lorsque les lésions sont multiples et étendues sur l'S iliaque et le gros intestin, on est forcé d'aboucher au rectum, soit le cœcum, soit plutôt la dernière partie de l'iléon.

II. — Wassilief, qui n'a étudié que l'*iléo-rectostomie*, a fait de nombreuses mensurations. D'après lui « *si l'on*

(1) Guinard. Société de Chirurgie, 15 nov. 1905.

prend l'iléon à 30 centimètres du cœcum, le mésentère mesure de 10 à 18 centimètres et avec une traction modérée on peut gagner encore 2 centimètres. Or il n'y a pas plus de 13 centimètres entre la symphyse sacro-iliaque et la terminaison du rectum. » Il résulte des recherches effectuées à ce sujet que l'iléon, à une certaine distance du cœcum peut toujours être abaissé jusqu'au plancher pelvien, c'est même quelquefois sa situation normale. On peut toujours l'anastomoser même à la partie inférieure du rectum, dans ce cas l'on prend un point plus éloigné de la valvule iléocœcale.

Maintenant que l'on est fixé sur la possibilité de pratiquer soit l'anastomose sigmoïdo-rectale, soit l'anastomose entéro-rectale, *il est important d'étudier les rapports de la paroi antérieure du rectum et de rechercher jusqu'où l'abouchement intestinal était possible.*

On peut très facilement enfoncer la longue pince jusqu'au niveau de la partie supérieure du rectum ou même dans la terminaison de l'anse omega en faisant glisser l'intestin sur la pince (1). Les manipulations sont plus faciles à la partie supérieure du rectum.

Au-dessus du cul-de-sac de Douglas où l'anastomose est aisée, il n'y a pas de manœuvres préliminaires autres que la rétraction en avant de la vessie et de l'utérus et quelquefois la section de la partie interne des ligaments recto-vésicaux. Il y a accolement des deux anses intestinales, séreuse contre séreuse et la réunion est rapide.

Lorsque l'accolement ne peut être fait à ce niveau, on peut encore pratiquer l'anastomose plus bas en effondrant le cul-de-sac de Douglas ; dans ce dernier cas la séreuse

(1) Voir page 68, Observation VII due à Desguins.

intestinale s'accole à la musculeuse de l'ampoule rectale ; si le bouton est bien articulé, l'anastomose est parfaitement étanche et entre la séreuse de l'intestin et la paroi musculaire cruentée, des exsudats et des adhérences ne tardent pas à se former.

Il est encore possible de pratiquer l'anastomose immédiatement au-dessus des fibres du releveur de l'anus, l'opération est difficile surtout chez la femme, mais elle est quelquefois la suprême ressource pour éviter l'anus contre nature. Il faut décoller la paroi rectale et emboîter les deux pièces du bouton profondément, loin de l'ouverture abdominale.

On sait que chez le fœtus le cul-de-sac de Douglas descend jusqu'au périnée, peu à peu les deux feuillets s'accolent et chez l'adulte le cul-de-sac se trouve à 5 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus.

Le doigt rencontre dans la cavité virtuelle résultant de l'accolement des feuillets un bon plan de clivage. Chez la femme il est nécessaire de dédoubler la cloison recto-vaginale quand elle ne l'est pas d'avance par l'existence d'une fossette de Douglas profonde.

Chez l'homme on passe entre les vésicules séminales situées bien en dehors de la ligne médiane et fixées à la paroi antéro-latérale du rectum par un tissu souvent assez dense ; sur la ligne médiane on va facilement jusque derrière la base de la prostate à 4 centimètres de l'anus.

Chez la femme et surtout chez l'homme, on peut donc pratiquer l'*entéro-rectostomie intra-péritonéale* à 7 centimètres au plus de l'anus. En effondrant le cul-de-sac et en décollant la paroi rectale, on peut exécuter une anastomose

plus bas située et placée seulement à 4 centimètres et demi de l'anus. C'est *l'entérostomie extrapéritonéale* encore possible et praticable après l'extirpation de la partie supérieure du rectum. Naturellement, toutes les fois qu'on le pourra, on choisira l'*entéro-rectostomie intra-péritonéale* plus facile, plus bénigne, plus sûre.

CHAPITRE III

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES

De même que nous avons étudié et comparé les deux sortes d'anastomose du gros et petit intestin au point de vue anatomique, de même nous les mettrons en regard au point de vue physiologique. Les premières et parmi celles-ci l'anastomose sigmoïdo-rectale éliminent de la circulation intestinale le minimum d'intestin, le cours des matières est à peine dévié et le passage du bol fécal à travers une grande portion de gros intestin permet la résorption de l'excès de liquide. Le malade opéré de la sorte conserve intégralement la fonction de défécation et présente des selles compactes et moulées. Outre les anastomoses sigmoïdo-rectales, il est encore possible de faire dans certains cas de dilatation du côlon descendant une anastomose colo-rectale et lors l'abaissement du côlon transverse une anastomose transverso-rectale.

Dans certains cas, comme nous l'avons vu plus haut, le cœcum peut être rapproché du rectum et anastomosé, au point de vue physiologique cette anastomose où les matières fécales n'empruntent qu'une infime portion de gros intestin présente presque tous les caractères physiologiques des

anastomoses de l'intestin grêle. Il est possible de se demander à ce sujet s'il n'est pas nécessaire de s'occuper du sens dans lequel progressent les contractions dans les deux segments intestinaux que l'on abouche ; n'est-il pas pas imprudent d'aboucher deux anses intestinales chez lesquelles le péristaltisme de l'une s'opposerait à l'anti-péristaltisme de l'autre c'est ce qui semblerait se produire dans les anastomoses cœco-rectales où les deux anses intestinales sont de direction différente.

Au contraire avec les anastomoses de l'intestin grêle avec le rectum il est toujours possible de faire l'abouchement dans le même sens. L'iléo-rectostomie présente cependant deux grands inconvénients que nous allons étudier, elle élimine de la circulation intestinale une grande portion d'intestin. Souvent 20 à 25 centimètres de l'iléon et tout le gros intestin se trouvent ainsi exclus, isolés du tube digestif. C'est pour obvier à cet inconvénient que Wassilief (1) s'était opposé à l'exclusion. *Les matières, disait-il, pourront passer dans le bout inférieur resté perméable, et l'absorption se complétera au moins en partie.*

Cette manière de voir peut exposer à des complications mécaniques et à des accidents septiques, l'accumulation des matières en amont du rétrécissement, dans une sorte de cul-de-sac à peu près fermé, peut amener de tels accidents. Tuffier sur deux malades à qui il fit une iléo-sigmoïdostomie constata de nouveaux troubles d'occlusion, du météorisme abdominal et des troubles de circulation intestinale

(1) Tuffier. Société de chirurgie, 8 novembre.
(2) Wassilief. *Thèse* (cité plus haut).

put faire dans le premier cas un anus cœcal et les accidents cessèrent immédiatement, dans l'autre cas les mêmes phénomènes durèrent quelques jours, *dans ces deux cas la valvule iléo-cœcale semble avoir joué un rôle au point de vue de la genèse des accidents en empêchant le réflexe vers l'anastomose d'une partie du contenu intestinal qui a progressé jusque dans le colon puis s'est trouvée immobilisée entre la valvule et le cancer.* Pour éviter de tels accidents, il faut oblitérer l'iléon au-dessous de la bouche de dérivation.

Cette séquestration est utile et donne de bons résultats dans les cas de rétrécissements ou de tumeurs ulcérées et infectées ; il est encore préférable d'associer l'exclusion unilatérale, les sécrétions intestinales de la portion exclue pouvant toujours continuer à se déverser par l'autre bout dans la circulation intestinale.

Soustraites à toutes les causes d'irritations mécaniques répétées et aussi surtout à la perpétuelle contamination par les nombreuses espèces microbiennes qui pullulent dans le contenu intestinal, les lésions évoluent plus lentement et quelquefois rétrocèdent.

On pouvait se demander si une telle exclusion intestinale ne devait pas entraîner après l'anastomose iléo-rectale des troubles digestifs dus à une absorption insuffisante et incompatibles avec une longue survie. Actuellement on sait que les phénomènes de digestion et d'absorption sont terminés quand les résidus alimentaires arrivent au niveau du cæcum. A ce point de vue, le rôle du gros intestin consiste à résorber une partie du liquide qui délayait le chyle

aussi l'iléo-rectostomie expose-t-elle le malade à une diarrhée incessante.

Senn, en 1888, Trzebicky (1), puis Umberto, Nonari ont étudié quelle quantité d'intestin grêle on pouvait réséquer sans compromettre la digestion ; d'après leurs recherches, on peut conclure que l'intestin est d'autant plus actif et utile au point de vue fonctionnel qu'on se rapproche de l'estomac. Ces auteurs estiment que dans la dernière portion de l'intestin grêle on peut réséquer deux ou trois mètres d'intestin sans compromettre sérieusement la nutrition de l'opéré.

En résumé, l'*iléo-rectostomie* ne nuit en rien à la digestion intestinale. Les seuls reproches sérieux que l'on puisse lui adresser consistent dans la persistance possible de selles demi-liquides et diarrhéiques que l'on doit combattre par une médication appropriée. Chez certains malades cette diarrhée d'ailleurs s'améliore avec le temps.

(1) Trzebicky. *Archiv. für Klinisch. Chirurgie,* 1905.

CHAPITRE IV

INDICATIONS

Lorsque l'entéro-sigmoïdostomie est impossible, c'est-à-dire dans les lésions du rectum supérieur ou sus-ampullaires et les lésions termino-sigmoïdes ou encore les lésions à cheval sur ses deux segments, l'*entérorectostomie* est indiquée comme pouvant seule éviter l'anus artificiel.

Lorsque la *sigmoïdo-rectostomie* est impossible, on peut encore exécuter l'*anastomose iléo-rectale*.

Cette anastomose iléo-rectale est formellement indiquée si les lésions tuberculeuses ou néoplasiques sont multiples et étendues, envahissant en plusieurs points les côlons et l'S iliaque. Elle est aussi, parfois, la seule possible quand il existe autour du foyer malade des adhérences et qu'on est obligé d'aller au loin chercher des anses intestinales saines pour les anastomoser.

L'entéro-rectostomie pure peut être appliquée dans la cure du rétrécissement syphilitique lorsque les lésions trop avancées ne permettent pas au traitement médical d'agir seul.

L'entéro-rectostomie peut être encore utilisée à titre curatif lors de tumeurs opérables et à siège recto-sigmoï-

dien. Jusqu'ici après l'exérèse d'un tel néoplasme, l'entérorraphie idéale des deux bouts étant impossible ou trop difficile à exécuter, on était obligé de laisser un anus artificiel ; que les deux bouts soient abouchés à la peau (procédé de Volkmann) ou que le supérieur seul soit ouvert à la paroi tandis que l'inférieur bien fermé et oblitéré est abandonné dans la cavité péritonéale (procédé de Madelung) ou même que l'on emploie la technique abdomino-périnéale telle que l'a réglée Quénu. Quel que soit le procédé on laisse toujours au malade cette odieuse et répugnante infirmité. Actuellement, en cas de tumeur opérable, on procède à l'extirpation, après fixation à la plaie sous-ombilicale des deux bouts accolés en canon de fusil suivant la technique de H. Hartmann décrite dans la thèse de Okinczyc (1). Trois semaines après, une nouvelle opération a pour but « la résection en masse des parties constituantes de l'anus artificiel, la fermeture des deux bouts et leur anastomose. »

L'anastomose par suture latéro-latérale nécessitant une longueur considérable d'intestin est difficile, étant donnée la longueur du segment intestinal déjà réséqué, il est possible de faire, dit Okinczyc, soit une entérorraphie circulaire, soit une anastomose iléo-colique qui, dans le cas, serait *iléo-rectale*. Monprofit et un de ses élèves, Brin, conseillent même d'associer à l'entérorraphie circulaire qui serait cause de rétrécissement, une anastomose sous-jacente avec l'iléon. Cette iléo-rectostomie peut être pratiquée avec

(1) *Thèse*, Okinczyc, 1906.
Brin. *Cancer du gros intestin. Considération technique sur son exérèse.*

avantage par le procédé Lardennois. L'exclusion unilatérale par écrasement et section de l'iléon en aval est alors pratiquée, il n'y aura plus que des secrétions et pas de matières dans le gros intestin, de plus le bouton ne livrant passage qu'à des matières liquides, il n'y aura pas de danger d'obstruction.

Les avantages seraient de trois ordres :

1° Les matières ne passant plus sur la cicatrice, d'où diminution de l'irritation à ce niveau et des chances de récidive.

2° En cas de récidive, elle évolue comme une cachexie cancéreuse sans symptôme d'obstruction.

3° L'iléo-rectostomie constitue une mesure préventive contre la récidive ; dans ce dernier cas, il n'y aura pas de nouvelle opération à faire.

Okinczyc se demande : « Pourra-t-on empêcher vraiment le reflux des matières et l'ectasie cæcale qui en est le résultat ? C'est pourquoi nous aimerions mieux réaliser en quelque sorte le « tout à l'intestin » de Monprofit, en faisant plutôt l'anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale sans section de l'intestin grêle ce qui, abstraction faite du rôle incertain joué par la valvule de Bauhin, assurerait le drainage rétrograde du gros intestin. Et dans ce cas, le procédé de Lardennois se recommande par sa simplicité et sa rapidité d'exécution. »

Une autre indication de l'anastomose entérorectale est la cure d'un anus contre nature établi sur l'S iliaque ou d'une fistule pyostertorale siégeant dans la même région,

CHAPITRE V

CONTRE-INDICATIONS

Dans les « cancers qui marchent vite, saignent facilement et se compliquent souvent d'accidents septiques qui abrègent la scène pathologique », l'entéro-rectostomie si on ne peut la faire à distance du mal doit-être remplacée par l'anus contre nature.

Dans d'autres cas de lésions fort avancées, les adhérences constituent une véritable contre-indication, l'observation de Tuffier rapportée dans la thèse de Godineau concerne le cas d'une sigmoïdostomie, la masse néoplasique, dit-il, « adhérait à la vessie, au rectum et à l'excavation pelvienne » ; la vessie dut être décollée péniblement du rectum pour qu'on arrivât à la partie inférieure du néoplasme, l'opération avait été faite par sutures, mais dans un tel cas il est à présumer que le bouton n'aurait pas eu plus de succès que les sutures. Guinard (1) fit également une anastomose de l'iléon avec le rectum friable, l'opération fut suivie de mort.

« Un de nos confrères atteint d'obstruction totale depuis

(1) Guinard. Société de chirurgie, 25 nov.

huit jours me demande une intervention et avant la chloroformisation me dit formellement que sous aucun prétexte il ne veut d'un anus contre nature. Après de longues discussions avec ce malheureux confrère très intelligent, très instruit, très au courant de la chirurgie, je lui promis quoi qu'il arrive, de ne pas faire d'anus artificiel (et en quoi d'ailleurs j'eus peut être tort au point de vue professionnel, mais là n'est pas la question).

« La main dans le pelvis, je constatai qu'il n'y avait vraiment qu'un anus iliaque à pratiquer. C'est poussé par mon ami le docteur Richardière qui m'assistait et impressionné aussi par le désir formellement exprimé par le malade, médecin lui-même, que je tentai l'impossible, c'est-à-dire une suture sur des tissus altérés que mes fils coupaient et déchiquetaient incessamment. J'affirme que le bouton de Murphy n'aurait pas donné un meilleur résultat. »

Quoiqu'en dise Guinard le procédé Lardennois plus facile et plus rapide que la suture eut été applicable si l'on avait trouvé une surface assez grande pour placer le bouton sur la paroi rectale antérieure. Quelquefois, en cas d'adhérences résistantes entre le rectum et la vessie on pourrait se trouver tenté de les disséquer pour insinuer ensuite une anse intestinale entre deux surfaces cruentées qui ne tarderont pas à l'enserrer et à gêner son fonctionnement. En pareil cas il faut se résigner à la colostomie.

L'expérience a également fait constater que dans certains cas il était prudent de différer l'entérostomie pour faire un anus artificiel préliminaire ; dans les cas d'occlusion suraiguë, les anses intestinales distendues sont difficile-

ment contenues dans l'abdomen ; le malade, en état de choc, ne peut supporter une longue intervention et malgré quelques succès obtenus, tout le monde est d'avis de s'abstenir d'opération radicale en pleine crise d'obstruction aiguë. Guinard discutant ce sujet dit : « *Pour ma petite statistique personnelle de six cas je trouve trois morts et trois guérisons : or les trois morts sont des malades opérés en pleine crise d'obstruction aiguë.* En pareil cas l'anus artificiel est l'opération de choix, quitte à faire ultérieurement une anastomose pour obtenir la fermeture de l'anus artificiel. »

L'entéro rectostomie doit-être pratiquée à froid.

Dans quelques cas où l'obstruction ne contre-indiquerait pas l'entérostomie par son état aigu, il faut compter avec l'état du péritoine, l ascite les noyaux secondaires, la généralisation rapide du néoplasme rendraient inutile l'intervention.

Dans d'autres cas, ce n'est pas l'état de la lésion, mais le siège du néoplasme qui rend l'opération impossible ; lorsque la lésion siège à 4 centimètres du sphincter ou au-dessous il faut se résigner à la colostomie iliaque.

(1) Guinard. Société de chirurgie, 15 nov.

CHAPITRE VI

INSTRUMENTATION

Comme instruments spéciaux, deux seulement sont nécessaires : un bouton de Murphy du plus gros calibre et une longue pince courbe destinée à porter la pièce mâle de ce bouton dans le rectum.

Bouton de Murphy. — Il faut essayer à l'avance le bouton choisi, et rechercher avant l'opération si l'emboîtement

Fig. 2 et 2 *bis.* — Bouton emporte-pièce.

des deux cylindres s'effectue facilement et sans effort. — L'emploi d'un bouton défectueux peut être fatal à l'opéré. Au début, nous faisions pratiquer à la lime un léger « chanfrein » sur le bord libre des deux cylindres, pour avoir un bord taillé en biseau pouvant perforer à l'emporte-pièce la muqueuse rectale déjà distendue et amincie par une dissection prudente. Eviter d'ouvrir le rectum avant l'articu-

lation du bouton, c'est une chance de moins d'infecter le péritoine. — Cette précaution pourtant n'est pas indispensable. On peut dissocier lentement au bistouri ou au thermocautère les tuniques du rectum sur le relief que dessine la pièce mâle. On délimite ainsi une très étroite fente, par où émerge son cylindre, tout prêt à être enfoncé dans le cylindre femelle.

Pince porte-bouton (1). — Cette pince, que nous avons fait établir chez Collin, porte un arrêt à crémaillère. Elle est courbe et assez longue, de façon à pouvoir bien appliquer le bouton sur la face antérieure du rectum. L'articulation des branches est une articulation excentrée comme celle des dilatateurs utérins. Ainsi en rapprochant les anneaux, on écarte les mors. Les extrémités de ces mors pénètrent dans le cylindre mâle. Il faut les placer sur les côtés des deux petits crochets à ressort, qui doivent s'enfoncer dans le pas de vis de la pièce femelle, sans quoi l'articulation des deux pièces pourrait être gênée.

Un petit arrêt en saillie a été ménagé, pour supporter le bouton et l'empêcher de s'enfoncer plus avant.

Les anneaux sont alors serrés et les mors s'écartent, fixant et maintenant le cylindre par une pression excentrique.

Pour retirer la pince, l'anastomose une fois établie, il suffit de déclancher la crémaillère et d'écarter les anneaux, Les mors se rapprochent et sortent du bouton sans rien mouvoir ni ébranler.

(1) L'anastomose entéro-rectale par le procédé de la pince porte-bouton par le docteur Lardennois. Extrait des comptes rendus du IV[e] Congrès français de chirurgie, 1905.

L'entéro-rectostomie peut être pratiquée seule, comme opération palliative devant dériver la circulation instinale, ou supprimer un anus contre nature.

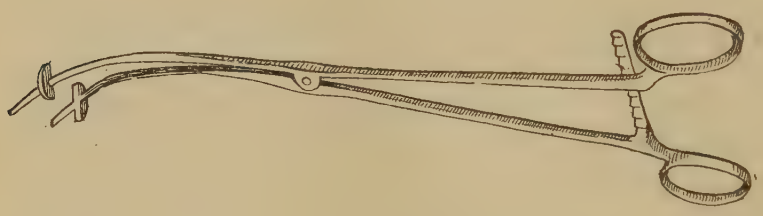

Fig. 3. — Pince porte-bouton entr'ouverte.

Dans d'autres cas, elle peut être le complément d'une résection intestinale, et sert à rétablir la continuité du tube digestif.

Dans ces diverses circonstances, le manuel opératoire varie légèrement. Enfin après l'*iléo-rectostomie*, il est utile par une petite manœuvre rapide et bénigne de compléter la séquestration de la portion de l'intestin exclue, en étranglant sa lumière au moyen d'un procédé emprunté à Mosetig Moorhof (1).

La technique de l'anastomose entéro-rectale comprend différents temps successifs.

(1) Mosetig Moorhof, voir Technique de la Colostomie résumée dans la *Revue de Gyn. et de Chir. abdom.*, 1899, p. 1031.

I. — Laparotomie sus-pubienne et recherche de l'anse que l'on doit aboucher dans le rectum, soit l'S iliaque, soit l'iléon. S'il y a lieu, c'est à ce moment que nous oblitérons le calibre de l'intestin en aval du point choisi pour l'anastomose.

II. — Application au point choisi de la pièce femelle du bouton.

III. — Introduction de la pièce mâle dans le rectum. Enfoncement et bascule de la pince porte-bouton, pour faire saillir le cylindre du demi-bouton mâle, sur la paroi rectale antérieure.

IV. — Sur le relief ainsi déterminé par la pression de la pièce mâle, dissection et dissociation des tuniques du rectum jusqu'à l'apparition de la muqueuse, que l'on amincit et que l'on perfore très prudemment. Emboîtement des deux pièces du bouton en les serrant à fond par une pression bien régulière et pratiquée parallèlement à leur axe.

V. — Enlèvement de la pince. Suture de la plaie abdominale.

Avant l'opération. — Si on le peut il faut purger le malade et pratiquer l'antisepsie intestinale. On doit toujours avoir bien soin d'évacuer le contenu du rectum et de désinfecter autant que possible sa cavité par de grands lavements d'eau oxygénée, puis par le tamponnement iodoformé, car il est important de bien assécher la muqueuse.

Opération. — Le malade est placé dans la position de Trendelenburg. L'inclinaison est très utile pour débarrasser le petit bassin des anses intestinales. Les jambes sont légèrement écartées, afin qu'on puisse aisément introduire

la pince intra-rectale et faire basculer les mors par en haut, en appuyant les branches contre la table. La vessie a été soigneusement vidée.

L'opérateur se place à la gauche du patient pour reconnaître facilement le cæcum et la dernière anse iléale.

Laparotomie médiane. Large incision sous-ombilicale et descendant très bas sur le pubis. — On place l'écarteur de Collin qui transforme la fente pariétale en une ouverture circulaire large et béante.

Les lésions sont vite reconnues et la décision prise rapidement. Nous supposerons que la *sigmoïdo-rectostomie* soit impossible et que l'on doive recourir à l'*iléo-rectostomie.*

On examine avec soin la dernière anse iléale et on l'approche du rectum pour bien choisir l'emplacement de l'anastomose.

Celle-ci doit se faire toujours dans le sens des mouvements péristaltiques et enfin les deux segments de l'intestin doivent pouvoir être rapprochés sans aucun tiraillement.

L'anse une fois choisie, des compresses refoulent l'intestin et isolent le champ opératoire. — A ce moment nous conseillons de pratiquer l'oblitération du segment intestinal que l'on doit exclure.

Mise en place de la pièce femelle du bouton. — Il importe d'aller rapidement et surtout d'éviter la contamination du péritoine par l'issue du contenu intestinal. La cavité de l'iléon doit rester ouverte le moins de temps possible. On exécute d'abord sur le bord convexe de l'intestin un « faufilé » en forme d'ellipse un peu allongée, et dont le

diamètre correspond au diamètre du chapeau du bouton. Ce surjet est pratiqué en quelques instants lorsqu'on se sert de la longue aiguille ronde dite aiguille de modiste, que l'on tient très bien en main. Les deux chefs du fil sont croisés, car ils vont servir à resserrer l'orifice comme les cordons d'une bourse.

Alors sur le grand diamètre de l'ellipse, prudemment, à petits coups de ciseaux, on incise la séreuse et la muscu-

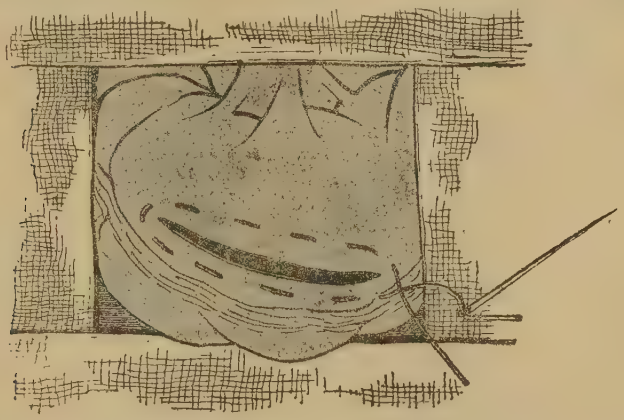

Fig. 4. — Surjet séro-séreux elliptique, pratiqué sur le bord libre de l'intestin avec une aiguille de couturière. Incision selon le grand diamètre de l'ellipse.

leuse, puis la muqueuse qui s'éverse plissée et godronnée. L'incision doit être aussi petite que possible et le bouton entrer à frottement. En opérant ainsi bien exactement sur le bord convexe de l'intestin, et avec les ciseaux qui mâchent un peu les tissus, on n'a pas d'hémorragie. L'aide essuie simplement avec un petit tampon monté. En tenant l'anse très haut, hors du ventre, entre les compresses, la coprostase est inutile.

Le bouton femelle est fixé par l'extrémité de son cylin-

dre au bout d'une pince hémostatique. On entre-baille avec la pince à griffes la plaie intestinale et on enfonce de champ le chapeau du bouton. Pendant que l'aide le maintient horizontal et tire en haut son collet, l'opérateur noue et serre les cordons de bourse. A ce moment on ne doit plus voir la muqueuse de l'intestin.

Le cylindre du bouton toujours maintenu par la pince à pression, est entouré et isolé dans des compresses aseptiques. Pour plus de précaution, on peut d'avance oblitérer sa lumière avec un petit tampon d'ouate ou mieux avec du beurre de cacao (1). Ainsi la cavité intestinale ne reste

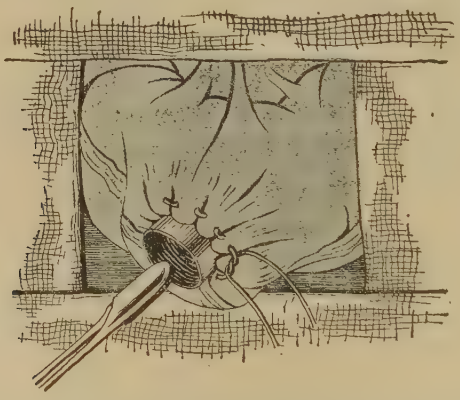

Fig. 5. — Le bouton femelle a été introduit de champ à l'aide d'une pince à forcipressure. Il est maintenu par un aide, tandis que l'opérateur serre les deux chefs du cordon de bourse.

jamais ouverte, et le péritoine n'est menacé par aucune souillure.

(1) Il suffit de faire stériliser la pièce femelle du bouton dans une capsule contenant du beurre de cacao ; ce beurre de cacao fond à 29°. Il est donc rapidement liquéfié et la circulation des gaz peut s'effectuer immédiatement après l'opération. Lardennois a décrit ce procédé dès 1898.

Introduction de la pièce mâle. — La pièce mâle est montée sur la pince ; il est bon de remplir son cylindre de beurre de cacao ou simplement de vaseline. Enfin, précaution non indispensable, aux orifices du chapeau est atta-

Fig. 6. — Le malade est vu dans la position du plan incliné. — 1, vessie rétractée en avant ; 2, bouton femelle enchâssé dans l'intestin au-dessus de la tumeur ; 3, bouton mâle qui a été introduit par l'anus sur la pince porte-bouton ; il tend et soulève la paroi antérieure de l'ampoule rectale. Il ne reste plus qu'à coiffer cette saillie avec le bouton femelle et à articuler les deux pièces par une pression méthodique.

chée une longue soie qui passera par l'anus. Ce fil servira plus tard ; il permettra au besoin de solliciter par de très prudentes tractions l'évacuation plus prompte du bouton.

L'anus ayant été dilaté, un aide introduit doucement la pince porte-bouton et avec précaution l'enfonce dans l'ampoule. Alors, baissant et basculant les anneaux, il applique fortement en avant le cylindre emporte-pièce qui soulève la paroi rectale au point choisi par l'opérateur. — Ce

dernier de l'œil et du doigt suit le trajet du bouton. Il tend le segment rectal au-devant de lui. Au besoin il le saisit de la main gauche et le fait voyager à son gré. Quelquefois, s'il veut établir une anastomose bas située, il doit auparavant effondrer le cul-de-sac de Douglas et libérer avec l'index la paroi antérieure du rectum dans sa partie sous-péritonéale.

Dissection des tuniques du rectum et emboîtement des deux pièces du bouton. — Sur le bouton saillant qui fait billot, on fend avec précaution au bistouri ou au thermocautère le péritoine et la graisse sous-péritonéale : on écarte les fibres musculaires qui forment deux couches épaisses superposées. On aperçoit alors la muqueuse transparente d'un blanc grisâtre ; elle fait hernie dans la plaie, poussée par la pression de la pince. On l'use et on la ponctionne lentement. Le cylindre du bouton apparaît bien enchassé dans la paroi rectale. C'est le moment de pratiquer l'articulation.

Sans précipitation, le chirurgien coiffe avec la partie femelle le cylindre mâle que l'aide appuie fortement contre la paroi rectale. Ou bien encore, il saisit lui-même à travers la paroi intestinale la pièce mâle de la main gauche, la pièce femelle de la main droite et, prudemment, sans forcer, il exerce une pression régulière parallèle à l'axe des deux cylindres. L'anastomose est établie.

On doit s'assurer que l'engagement est effectué à fond et que les séreuses sont bien affrontées. Il est inutile d'après Murphy et la plupart des « boutonnistes » d'ajouter tout autour un surjet séro-séreux.

Enlèvement de la pince, suture de la paroi. — La pince

est enlevée. Quelques instants sont consacrés à bien disposer les anses intestinales. On ferme au besoin par quelques points de suture la boucle que dessine avec le rec-

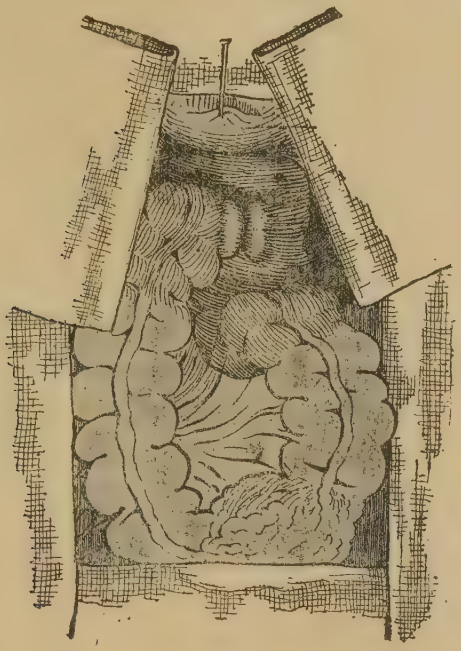

Fig. 7. — 1, vessie ; 2, anastomose effectuée à la partie moyenne du rectum. On aperçoit la saillie que dessine le bouton articulé.

tum l'anse anastomosée, de façon à éviter la possibilité d'un étranglement interne.

Faut-il drainer ? Desguins ne l'a pas fait. Dans mon observation j'ai laissé une étroite lanière de gaze venant aboutir à la partie inférieure de l'incision abdominale.

Toutes ces différentes manœuvres demandent très peu de temps, et sans précipitation, l'opération peut être exécutée en moins d'une demi-heure.

Après l'opération. — Le malade doit être tenu au repos. La morphine est utile comme après toute opération intestinale. Il est bon de pratiquer aussi une injection de sérum. S'il n'y a pas eu émission de gaz dans les trente-six heures, et si l'on croit le bouton oblitéré par quelque amas de matières demi-durcies, il est facile de délayer ce bouchon stercoral par des lavements tièdes et huileux.

Le bouton est trop près de l'anus pour qu'on puisse redouter des accidents d'obstruction. Les opérés surtout après l'iléo-rectostomie ont d'ailleurs rapidement des selles très liquides. — L'appareil est éliminé après un temps variable : cinq jours dans mon observation, vingt-deux jours dans un cas de Desguins.

MODIFICATIONS DU PROCÉDÉ HABITUEL

Entéro-rectostomie après résection de l'anse oméga ou du rectum supérieur. — Quand le rétablissement de la continuité de l'intestin par l'entérorraphie est impossible, l'*entéro-rectostomie* est indiquée et il est facile de l'exécuter.

Dans un premier temps, on ferme, comme Madelung, le bout inférieur rectal par invagination. Ce cul-de-sac abandonné pourra recevoir la pince porte-bouton qui déprimera sa paroi antérieure.

Il faut chercher alors s'il est possible d'aboucher facilement sur la saillie que dessine la pince, le bout supérieur de l'intestin. Si l'adossement des deux séreuses est aisé, on pratique de préférence l'anastomose *sigmoïdo-rectale*, Le bouton femelle est enchâssé dans le bout supérieur, qui est bien serré autour du collet de son cylindre, par un surjet en cordon de bourse. Il ne reste plus alors qu'à exécuter l'emboîtement des deux pièces. Ce procédé, le plus simple, n'est pas toujours possible.

Il faut quelquefois aller chercher la dernière anse iléale, et sur la pince porte-bouton introduite dans le cul-de-sac rectal, pratiquer l'*iléo-rectostomie*, encore bien préférable à l'anus artificiel.

Séquestration de l'intestin exclu de la circulation intestinale — Dans ces derniers temps on a beaucoup vanté les bienfaits de l'exclusion.

Comme nos malades sont en général cachectiques et de « chair fragile », Lardennois a voulu esssayer une méthode plus simple pour étrangler la lumière de l'intestin. Voici en quoi consiste cette technique appliquée par Mosetig Moorhof comme complément de la colostomie.

En aval de l'anastomose, l'iléon est serré avec une très forte soie qui traverse le mésentère. Au niveau de la partie étranglée se forme un profond sillon circulaire. Avec un surjet à la soie fine on réunit et on accole les deux bords de ce sillon. On le rend ainsi permanent par l'adossement de la tunique séreuse.

Sans perte de temps, sans risquer une nouvelle porte d'infection, on a pu assurer la fermeture de l'intestin par une valvule ou plutôt un diaphragme perforé à peine au

centre d'un tout petit pertuis muqueux. Une sorte d'*exclusion* ou de *séquestration* est ainsi réalisée sans danger.

Cette méthode par la pince porte-bouton est rapide, elle n'expose pas au choc autant qu'une anastomose longue et laborieuse. Ce qui est très important, la cavité du tube digestif reste ouverte dans le minimum de temps possible. Le champ opératoire est très restreint. Aucun liquide septique ne doit s'écouler par les boutonnières pratiquées à l'intestin. C'est là une condition de bénignité remarquable et qu'aucune autre technique ne peut présenter au même

Fig. 8. — Procédé de Mosetig Moorhof pour créer une exclusion partielle de l'intestin en aval de l'anastomose.

degré. De cette anastomose vivement exécutée sont justiciables des malades même affaiblis. Elle est simple et facile à employer.

Tout chirurgien même peu spécialisé peut l'accomplir

et réussir, pourvu qu'il soit aseptique et quelque peu méticuleux.

Le procédé de la pince porte-bouton n'a servi jusqu'ici que pour l'*entéro-rectostomie* péritonéale.

Comme Lardennois l'a montré par de nombreuses expériences sur le cadavre (1), il semble qu'en incisant par le ventre le cul-de-sac de Douglas, on pénètre facilement dans l'espace décollable pré-rectal et que là, immédiatement au dessus des releveurs, on peut encore sur la pince enfoncée dans le rectum emboîter les deux pièces d'un bouton.

On n'a eu recours à cette méthode que pour des opération palliatives. Savariaud a pratiqué une *sigmoïdo-rectostomie*. Desguins, Pauchet, Hartmann et Lardennois l'*iléo-rectostomie* et enfin Desguins, étendant les indications de la technique, l'a utilisée pour exécuter une *iléo-sigmoïdostomie*.

(1) De l'anastomose entéro-rectale. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, mars-avril 1899, p. 291.

CHAPITRE VII

REPROCHES ADRESSÉS A L'ENTÉROSTOMIE EN GÉNÉRAL

C'est pour n'avoir pas tenu compte des contre-indications de l'entéro-rectostomie que quelques chirurgiens ont eu des insuccès et on a pu mettre assez facilement en rapport la « *bénignité extrême* » de la colostomie iliaque (le terme est de Hartmann) avec la mortalité de l'entéro-rectostomie 25 p. 100. Mais si l'on se place au point de vue de notre sujet et si l'on écarte du groupe constitué par les entérostomies en général les opérations faites suivant la technique de Lardennois on ne trouve que des succès opératoires.

Des rétrécissements ont été signalés dans toutes les variétés d'anastomoses. l'entéro-rectostomie n'en est pas exempte, on trouve ces atrésies signalées aussi bien avec le procédé des sutures qu'avec celui du bouton, que le rétrécissement soit de nature cicatriciel ou dû à l'envahissement de l'anastomose par le cancer.

En raison du siège très bas de la bouche anastomotique dans l'entéro-rectostomie, il semble qu'en présence de la reproduction des signes d'occlusion intestinale, on pourrait

essayer de dilater l'anastomose et que de plus si l'on était assez heureux pour pouvoir affirmer que le rétrécissement de la bouche est d'origine cicatricielle, il y aurait lieu de recourir, selon la méthode de Bacon qui a donné à son auteur de si brillants résultats, à l'application d'une pince entérotome.

Maintenant que nous avons discuté les reproches adressés à l'entéro-rectostomie en général, nous allons nous efforcer de mettre en parallèle les diverses méthodes d'entéro-rectostomie.

Discussion sur les différents procédés d'entéro-rectostomie.

1° De la méthode des sutures.

Comme nous l'avons dit au début, l'entéro-rectostomie par les sutures est difficilement applicable, l'on opère à bout de doigts dans le petit bassin et malgré la longueur de l'incision médiane et la position renversée qui favorisent l'opération, il faut être un chirurgien consommé pour la mener à bien.

C'est une opération longue, les surjets d'adossement et d'union postérieurs sont difficiles et peuvent être le point de départ d'accidents septiques, témoin ce fragment d'observation :

« *Sur mes onze malades, trois ont succombé, l'un par péritonite septique due à l'insuffisance de la suture.* Ce

malade (1) avait été opéré en occlusion chronique ; il a succombé au troisième jour et à l'autopsie on a constaté que l'infection de la cavité péritonéale s'était faite au niveau du surjet postérieur de l'anastomose. Il s'agit donc ici d'une faute de technique. »

Au point de vue de la longue durée de l'opération, nous trouvons dans une observation de Jayle : « Trois plans de sutures à la soie par points séparés furent faits. L'opération fut longue et dura environ deux heures. »

Au moment de l'incision des deux anses intestinales pour faire l'anastomose, il y a à craindre l'issue de matières stercorales en pleine cavité, car ici étant donnée la profondeur à laquelle on opère, il n'est pas possible de faire l'anastomose en dehors du ventre. Si la suture est facile, c'est qu'il s'agit d'une entéro-sigmoïdostomie et moi d'une entéro-rectostomie.

Avec le bouton de Murphy, selon la technique habituelle, le même inconvénient a lieu, à part la durée de l'opération qui est considérablement diminuée, il y a toujours à craindre l'infection lors de l'incision du rectum pour la mise en place de la pièce mâle du bouton.

La méthode de Lardennois supprime tous ces inconvénients, la pièce femelle peut être placée comme dans la méthode ordinaire hors du ventre sur un lit de compresses. Le beurre de cacao qui oblitère la lumière du bouton empêche tout suintement, quant à la pièce mâle également enduite de beurre de cacao, elle ne peut contaminer en aucune façon le péritoine, puisque celui-ci et les tuniques

(1) Société de chirurgie. 1905, rapport de M. Terrier, Obs. VIII.

de l'intestin sont incisés sur le bord tranchant du bouton qui passe à frottement dur à travers l'incision.

Un simple rapprochement des deux pièces et l'opération est terminée.

Nous savons bien que diverses objections ont été faites à cette technique, on a reproché au bouton son évacuation difficile et l'oblitération possible de sa lumière par les matières ; si l'on prend la précaution de le fixer par un fil de soie, on en favorise l'évacuation au moment voulu. Un simple lavement peut le désobstruer.

Le bouton favoriserait les rétrécissements, mais c'est là une affirmation non prouvée par les faits.

Observation I (personnelle).

Néoplasme du côlon pelvien. Anastomose iléo-rectale par le procédé de Lardennois. Guérison.

(Observation prise par M. Thomas, interne à l'Hôtel-Dieu.)

N..., 65 ans, comptable. Pas d'antécedents héréditaires particuliers. Depuis 1896 a maigri : la constipation est telle que les selles ne peuvent être obtenues sans lavements et laxatifs.

En mars 1902 il doit cesser son travail. Les purgatifs et les lavages n'arrivent pas à vaincre la constipation. Tympanisme, coliques, vomissements. Le 13 mars, vomissements fécaloïdes, météorisme considérable.

Le malade entre à l'Hotel-Dieu et le docteur Lardennois appelé d'urgence pratique un anus iliaque gauche sur le côlon pelvien. Une exploration rapide de la cavité abdominale montre que l'obstruction paraît due à un néoplasme siégeant sur la

terminaison du côlon pelvien, et adhérent à la paroi au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Le lendemain, débâcle considérable, rétablissement rapide.

L'anus contre nature paraît au malade une infirmité très pénible, très répugnante, et il demande instamment à en être débarrrassé.

Son âge et son état général ne permettant pas de songer à l'ablation du néoplasme, le docteur Lardennois prend le parti de détourner le cours des matières par une anastomose entéro-rectale, opération plus rapide que l'exérèse, pour replacer le malade dans des conditions physiologiques normales.

30 avril. Six semaines après la première intervention, l'*entéro-rectostomie* est pratiquée avec l'aide du docteur Guelliot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Après la laparotomie médiane, le malade est placé en plan incliné, le siège surélevé par des coussins, pour permettre l'introduction aisée de la pince porte-bouton. On place l'écarteur abdominal à crémaillère de Collin et on isole par de grandes compresses abdominales le champ opératoire. Le néoplasme est vite reconnu, et on constate que la dernière anse de l'iléon peut être anastomosée avec la partie du rectum située au-dessous de la tumeur.

La pièce mâle du bouton, munie d'un fil de soie qui sort par l'anus, est introduite dans le rectum par un aide au moyen de la pince porte-bouton.

La pièce femelle, remplie de beurre de cacao, est enchâssée sur l'anse iléale et fixée par un fil en bourse selon le procédé habituel. On dissèque la tunique musculaire du rectum sur la pièce mâle qui la soulève, et qui fait alors saillir la muqueuse amincie, presque perforée.

En quelques minutes, les deux parties du bouton sont accolées, articulées à fond.

L'anastomose est établie. On juge inutile de la consolider par une suture en surjet.

On place seulement par mesure de précaution une étroite

lanière de gaze qui vient aboutir à la partie inférieure de l'incision abdominale.

La pince porte-bouton est retirée, puis la paroi abdominale suturée selon le mode habituel.

L'intervention a été très rapide.

Suites opératoires sans incidents : pas d'élévation de la température : le pouls ne dépasse pas 100 pulsations. Émission de gaz dès le lendemain. Immobilisation de l'intestin avec de l'opium, injection sous-cutanée de sérum de Hayem.

Le quatrième jour, la mèche de gaze est retirée ; il s'écoule une cuillerée à potage de sérosité. La mèche est remplacée par un drain de petit calibre.

Le cinquième jour, première selle par l'anus, selle très liquide, rien ne sort par l'anus artificiel.

Le septième jour, le bouton de Murphy, facilement senti par le toucher rectal et paraissant mobile, est attiré au dehors par le fil de soie fixé à la pièce mâle. Cette extraction paraît avoir été un peu prématurée. Le malade souffre et présente un peu de fièvre dans la soirée.

Le huitième jour, par le drain abdominal s'écoule un liquide louche d'odeur fécaloïde qui oblige à renouveler les pansements par la suite. Les selles sont toujours liquides.

A partir du neuvième jour, on donne au malade du bismuth et de l'extrait thébaïque.

17 mai. L'écoulement par le drain abdominal a cessé.

La cicatrisation de la plaie abdominale est rapidement obtenue. Le malade a deux selles quotidiennes. Par l'anus contre nature il ne sort plus rien. Peu à peu l'appétit revient. Le malade se lève dans les premiers jours de juin et quitte l'Hôtel-Dieu à la fin du mois.

A ce moment l'état général est relativement bon ; il n'y a plus de diarrhée, mais les selles ne sont pas encore fermes et moulées. Il ne sort plus rien par l'anus artificiel.

Six ou sept mois après nous apprenons qu'il vient de succomber à la suite d'une affection des voies respiratoires.

Observation II

Annales de la Société belge de chirurgie. 24 juin 1899, p. 111. L. Desguins, d'Anvers.

Iléo-rectostomie par le procédé de Lardennois. Guérison. — Cancer inopérable.

Ayant en traitement à l'époque où parut l'article de Lardennois un homme solide de quarante-cinq ans, dont le cancer justifiait pleinement l'anastomose proposée, je résolus de l'exécuter telle qu'elle a été décrite par l'auteur.

Cette intervention, la première sur l'homme vivant, eut lieu le 2 mai dernier. J'y apportai seulement quelques modifications de détail que je signalerai dans un instant.

Le malade étant donc endormi et placé en position déclive, la laparotomie fut pratiquée. Un rapide examen montra que la seule anse pouvant être amenée aisément au contact du rectum était la fin de l'iléon.

La partie femelle du bouton anastomotique fut aussitôt placée sur cet intestin, à 20 centimètres environ du cœcum.

Un aide introduisit dans l'anus, portée sur une pince spéciale, la partie mâle que je fis aisément diriger vers la place la la plus convenable. Je garantis alors les alentours par des compresses absorbantes, et recommandant à l'aide de bien tenir le bouton immobile, je fis une petite incision par laquelle le cylindre mâle apparut aussitôt.

Rapprocher les deux pièces du bouton et les serrer à fond fut dès lors l'affaire d'un instant L'anastomose était faite.

Nous avons à faire quelques remarques au sujet du manuel opératoire :

1° Nous n'avons pas cru devoir tailler en biseau les pièces de

notre bouton parce qu'il semble que cela doive faire un assez mauvais emporte-pièce. En outre le déplacement de la branche mâle dans le rectum nécessite quelques tâtonnements, et l'on risquerait de labourer la muqueuse avec le bord tranchant du biseau.

2° Nous avons eu au moment de notre anastomose un peu d'écoulement de liquide rectal sur nos compresses. C'est une chose à éviter. Le rectum ayant été bien lavé avant l'opération il convient encore de l'assécher soigneusement.

Enfin une recommandation de Lardennois que nous avons négligée, c'est celle d'attacher un bout de fil au bouton anastomotique pour pouvoir aider à son expulsion.

La guérison fut contrariée par une suppuration de la paroi que nous devons attribuer au fait que les compresses placées dans le petit bassin, souillées par quelques gouttes du contenu rectal, ont pu contaminer au passage les surfaces cruentées de la paroi abdominale.

Cela n'a pas grande importance, mais prouve combien il est nécessaire d'assécher parfaitement le rectum.

Dès le lendemain de l'opération, le malade avait de nombreuses selles liquides. Cette diarrhée a persisté dans la suite avec des alternatives de plus et de moins.

Les préparations opiacées par la bouche et en suppositoires ont pu la réduire momentanément à trois selles par jour, mais dès qu'on cesse la médication le malade est obligé d'évacuer presques toutes les heures.

Le bouton n'a été expulsé que le vingt-deuxième jour.

A l'heure actuelle, quand on pratique le toucher rectal, on constate une certaine augmentation de l'ampoule rectale.

L'anastomose semble être un peu remontée, car elle n'est pas accessible au doigt alors que le bouton mis en place l'était.

Pour ce qui est de l'état général du malade il est très bon et comme cet homme souffrait antérieurement, qu'il avait des

selles glaireuses et sanguinolentes, il est en somme très satisfait de sa situation.

Suites éloignées : cet opéré a joui d'une santé très satisfaisante pendant un an environ et la survie a été de quinze mois ; pendant tout ce temps, il a dû faire usage de bismuth et de laudanum.

Observation III

Desguins, d'Anvers. (Très résumée dans thèse Godineau, Paris, 1903.)

Entéro-colite muco-membraneuse rebelle. Iléo-rectostomie. Guérison.

Malade atteint d'entéro colite muco-membraneuse grave avec violentes douleurs non améliorées par le traitement médical. — Iléo-rectostomie par le procédé Lardennois. Résultat opératoire parfait.

Observation IV

Savariaud, Présentée à la Société de Chirurgie de Paris
M. Demoulin, rapporteur.
Bulletin de la Soc. Chir., p. 873.

Anastomose de l'anse sigmoïde avec l'ampoule rectale (entéro-rectostomie) par le procédé Lardennois pour cancer sigmoïdo-rectal inopérable et anus cœcal. Survie de dix-huit mois. — Mort d'occlusion intestinale.

Le 20 avril 1903, je suis appelé d'urgence auprès de M. P..., 52 ans, qui est en état d'occlusion complète depuis une hui-

taine de jours. Les troubles remontent à fort longtemps, mais sont surtout marqués depuis deux mois. Je fais le diagnostic de cancer du côlon, et je pratique l'anus cæcal aussi étroit que possible. Le cæcum est très épaissi. Il s'écoule d'énormes quantités de matières purée de pois.

Le 13 mai, soit trois semaines plus tard, je l'opère à nouveau avec l'idée arrêtée de lui faire une anastomose recto-sigmoïde, car sous le chloroforme et sur le plan incliné, j'ai pu à bout de doigt sentir une induration cancéreuse au droit de l'articulation sacro-iliaque, à travers la paroi rectale saine.

L'opération est faite avec le plus gros bouton de Murphy et la pince de Lardennois, de Reims. Elle est des plus faciles. L'anse sigmoïde très dilatée est anastomosée avec l'ampoule rectale. L'anastomose siège à quatre ou cinq centimètres du néoplasme, et à peu près à la même distance du Douglas. Le néoplasme est petit, adhérent au méso rétracté et infiltré. Voici les détails de l'opération :

« Le plus gros bouton de Murphy (pièce mâle) est introduit par un aide, dans le rectum. On lui imprime, grâce à la pince de Lardennois, un mouvement de bascule, qui fait saillir le bouton dans la portion libre du rectum, à cinq centimètres du Douglas. La musculature rectale est dissociée avec la sonde cannelée, dans l'axe de l'intestin. La muqueuse est perforée au thermo. Le bouton est saisi avec une pince de Kocher et la pince porte-bouton est retirée.

« La pièce femelle du bouton est placée dans l'anse sigmoïde, à cinq centimètres environ du néoplasme. L'approximation intestinale est faite avec tous les soins désirables et le bouton est serré à bloc en deux fois. Aucune suture de renforcement qui serait d'ailleurs très difficile, pour ne pas dire impossible, à une pareille profondeur. L'anastomose est située a quatre centimètres du fond du Douglas. Drain dans le Douglas. »

Les suites opératoires ont été très bénignes ; le drain, qui ne secrète presque rien, est retiré au bout de quatre jours. Au bout

de huit jours, la paroi est cicatrisée. Les fonctions de la nouvelle bouche se sont établies avec une rapidité remarquable. Le jour même de l'opération, le malade a eu trois selles abondantes.

Au bout de vingt et un jours il rentre chez lui. Depuis, je ne l'ai jamais revu, mais j'ai eu, à deux ou trois reprises, de ses nouvelles.

D'abord le malade s'est très bien porté, l'anus cæcal s'est rapidement bouché, sans qu'on ait été obligé d'y rien faire ; les fonctions digestives s'accomplissaient très bien et le malade avait repris sa profession de comptable, qu'il a d'ailleurs exercée jusqu'à la fin.

Mais petit à petit la constipation est revenue malgré les soins et malgré le régime (que je n'ai jamais pu contrôler). Petit à petit les coliques et les douleurs sont revenues. Au bout d'un an (avril 1904) sa situation était, paraît-il, très misérable, mais il a refusé de laisser rouvrir son anus cæcal.

Dans les derniers temps, après avoir consulté pas mal de médecins dont la plupart ignoraient l'opération qui lui avait été faite, il finit par se livrer aux mains des charlatans et usa largement de la méthode Kneipp dont le régime, pendant un certain temps, lui fit du bien.

Malheureusement pour lui, dans son zèle il avala une telle quantité de raisins avec la peau et les pépins qu'un beau soir on l'apporta mourant à l'hôpital Lariboisière, où on lui fit, dans le service du professeur Poirier, un nouvel anus contre nature.

Les matières étaient tellement compactes que l'anus ne fonctionna pas. Il mourut six jours après. J'ignore si l'autopsie a été faite. Il avait en tout survécu dix-huit mois et pendant trois mois avait conçu l'espoir d'une guérison complète. Le retour des accidents l'avait cruellement désappointé.

Observation V

(H. Hartmann.)

In thèse, Okinczyc.

Cancer du côlon pelvien. — Iléo-rectostomie. Guérison opératoire.

Henri S..., 76 ans, entre dans le service de notre maître H. Hartmann, le 11 octobre 1905, parce qu'il se plaint de vives douleurs abdominales, surtout localisées dans le côté gauche.

Il était récemment traité dans un service de médecine parce que les douleurs qui, depuis quelques temps siégeaient exclusivement dans le côté gauche de l'abdomen s'étaient étendues au côté droit, jusque là indemne.

Le début de l'affection semble remonter à vingt-un mois ; à cette époque, le premier symptôme en date est la constipation. Celle-ci apparaît progressivement dans un état de santé jusque là très bon et s'établit peu à peu sous forme de période plus ou moins longue. Les matières étaient dures, ovilées, de « véritables crottes de chèvre », dit le malade.

Trois mois après ce début la constipation fait place à la diarrhée qui s'installe et qui devient de plus en plus fréquente au point qu'à ce jour et depuis ce moment les selles ont toujours été diarrhéiques.

Actuellement la diarrhée a même fait place à une véritable incontinence des matières. Elles sont fluides, s'écoulent à l'insu du malade. Ce fut d'abord à l'occasion de secousses ou d'efforts, puis la marche suffisait à la déterminer ; enfin maintenant le malade perd ses matières même dans le décubitus au lit.

Les selles sont claires, jaunâtres ou presque incolores surtout depuis que le malade est au régime lacté.

Il ne semble pas qu'il y ait jamais eu à proprement parler de sang dans les selles. Mais il y a environ un an, pendant quinze jours, celles-ci auraient été noires comme du goudron.

Depuis l'apparition de cette diarrhée, le malade s'est affaibli progressivement, il marche même avec peine depuis un mois.

L'amaigrissement est marqué. Le teint est resté assez bon.

Le malade accuse des douleurs dans le côté gauche du ventre et surtout au niveau de la fosse iliaque. Ce sont des douleurs spontanées, sourdes, gravatives mais qui ne paraissent pas ressembler à des crampes.

En revanche le ballonnement est fréquent, la pesanteur à peu près constante et le malade remarque des gargouillements qui passent d'un côté du ventre à l'autre.

Des vomissements se seraient produits à deux reprises il y a environ deux mois. L'appétit est à peu près conservé. il ne semble pas qu'il y ait d'anorexie élective.

Examen : A l'inspection du ventre on peut voir deux cicatrices inguinales gauches (hernie opérée en 1873 et en 1900.)

Le ventre est ballonné mais il reste assez souple, bien que la consistance à la pression varie suivant les régions.

Il existe une voussure très nette dans la région intermédiaire à la fosse iliaque gauche et à l'hypogastre.

A la percussion on note la sonorité de l'épigastre et des hypocondres ; il en est de même du côté droit de l'abdomen. Par contre on trouve de la submatité dans la fosse iliaque gauche et de la matité au sommet de la voussure.

La palpation révèle l'existence d'une tumeur du volume d'une noix de coco, située un peu au-dessus de la fosse iliaque gauche et qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle dépasse un peu la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. Elle paraît plus étendue dans le sens transversal

que dans le sens vertical. Elle est dure et douloureuse à la pression.

Par le palper plus attentif, on peut sentir à la partie supérieure de la tumeur, comme une anse dure assez volumineuse et qui se dirige de l'épine iliaque antérieure et supérieure vers l'ombilic.

Cette tumeur paraît mobile dans le sens transversal ; mais on ne peut la faire mouvoir de bas en haut.

La palpation profonde des régions coliques est douloureuse : on sent le côlon descendant par la douleur que provoque sa palpation dans la région costo-iliaque gauche.

On réveille de la douleur à la partie inférieure de la région épigastrique sur un trajet qui peut correspondre à celui du côlon transverse. La douleur s'atténue à mesure que l'on se rapproche de l'hypochondre droit ; elle est à peu près nulle dans la fosse iliaque droite. Suivant le moment où l'on examine le malade, on trouve la région cœcale dilatée ou affaissée.

Au cours de la palpation on provoque la formation de gargouillements et l'on sent quelquefois les gaz se déplacer sous la main.

A certains jours, le malade se plaint d'une douleur spontanée qui naît dans la fosse iliaque gauche et s'irradie vers l'hypochondre gauche et l'épigastre.

Toucher rectal : La prostate est grosse, mais l'exploration de l'ampoule est négative, les parois rectales sont souples et, à bout de doigt on ne sent pas de tumeur.

Proto-sigmoïdoscopie : Le malade étant placé en position genu-pectorale, nous avons introduit le protoscope qui pénètre assez facilement à travers l'ampoule rectale. Nous retirons à ce moment le mandrin pour nous aider de la vision directe dans la progression du protoscope. On arrive ainsi contre un obstacle qui siège à environ 17 centimètres au-dessus de l'anus.

Nous apercevons alors dans l'orifice du protoscope la muqueuse violacée comme polypeuse, mais non ulcérée ; elle forme comme un bourrelet œdématié qui fait saillie dans la

lumière du protoscope. Nous pensons être arrivé sur l'extrémité inférieure de la tumeur et, ce qui semble le confirmer, c'est que du centre il s'écoule un peu de matières liquides. Nous aidant du protoscope, nous portons une sonde n° 23 qui pénètre à frottement à travers un défilé serré qui constitue le rétrécissement. Quand la sonde a pénétré sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres depuis l'extrémité inférieure du rétrécissement, il s'échappe tout à coup du gaz et un peu de matières par son pavillon.

Nous pensons pouvoir en conclure que la sténose a elle-même cette hauteur (8 à 10 cent.) puisque tant que la sonde était comprimée rien ne pouvait y passer, aussitôt qu'elle eût dépassé le niveau supérieur de la tumeur, les gaz purent passer librement.

Examen des urines (*coefficient d'auto-intoxication*).

Soufre total (0 p. 100 et exprimé en SO^4H^2 monohydraté	2 gr. 944
Soufre des sulfates alcalins	2 gr. 145
— des dérivés sulfonés (sulfates éthérés)	0 gr. 340

Rapportés à la totalité de l'urine, ces chiffres nous donnent :

Soufre total	0 gr. 456
— de sulfates	0 gr. 432
— des dérivés sulfonés	0 gr. 058

Le coefficient de Baumann est $\frac{48}{458} = 12,7$

alors que le coefficient normal est 10.

Le soufre neutre des Allemands (ou soufre incomplètement oxydé des Français) est de

$$0,456 - 0,332 + 0,058 = 0,056$$

On peut voir par ces chiffres que le rapport des sulfates combinés (composés sulfonés ou substances aromatiques) aux sul-

fates préformés ou sulfates alcalins. (Herter et Smith) tombe de 2 : 12 (chiffre normal) à 1 : 7.

Opération le 17 novembre 1905 (M. Harmann ; aides : MM. Lecène et Okinczic). Iléo-rectostomie par le procédé de H. Lardennois.

Mort le seizième jour.

Incision médiane sous-ombilicale. Le côlon iliaque apparaît rouge, dilaté, induré et soulevé par une masse interposée entre lui et sa fosse iliaque gauche. Il se continue directement avec le rectum, sans anse sigmoïde interposée. Le rectum est lui même dilaté et présente à sa surface d'assez grosses varicosités veineuses. Nous cherchons le cæcum, et nous remontons la portion terminale de l'iléon jusqu'à un point facile à amener au contact du rectum. Une petite incision est faite sur l'iléon : un fil est passé en bourse autour de l'incision et l'on introduit la partie femelle du bouton, oblitérée préalablement par du beurre de cacao.

L'un de nous introduit alors par l'anus dans le rectum la partie mâle du bouton tenue à l'extrémité de la pince de Lardennois. Sur la saillie que fait sur la paroi antérieure du rectum le bouton ainsi maintenu, nous pratiquons la dissociation des tuniques séreuse et musculeuse du rectum.

A ce moment on pratique l'articulation du bouton.

Un point à la soie à la partie antérieure rapproche les tuniques séro-séreuses. Un fil de soie passé dans les orifices du chapeau de la pièce mâle sort par l'anus.

Réunion de la paroi à trois plans.

Suites opératoires : Assez simples les premiers jours.

20 novembre. Le malade, pour la première fois depuis longtemps, accuse la sensation de besoin et demande le bassin.

Les jours suivants, toux, expectoration difficile. Langue sèche.

26. Ablation des fils et du bouton qui est libre dans l'ampoule rectale.

Les jours suivants, le malade continue à se cachectiser.

L'abdomen est souple, non douloureux. Les matières sont toujours liquides. L'état cérébral paraît affaibli.

29. Muguet buccal.

30 Affaiblissement progressif. Pouls arythmique.

1er décembre. Le malade s'éteint à 7 heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation VI

H. Hartmann.

In thèse, Okinczyc.

Néoplasme du côlon pelvien. Obstruction intestinale. Typhlotomie. Iléo-rectostomie par le procédé de Lardennois. Guérison.

Henri L..., 58 ans, entre le 11 décembre 1905, salle Civiale parce qu'il présente depuis une quinzaine de jours des symptômes d'obstruction complète. Ces symptômes constituent la première manifestation de son affection.

Le malade s'est jusque-là bien porté. Les fonctions gastro-intestinales étaient assez bonnes. Le malade allait à la selle tous les deux jours. Les matières étaient molles, ordinairement moulées, de la grosseur du doigt. Le malade n'a jamais constaté de mélœna ni d'entérorragie. il n'a jamais constaté dans ses selles la présence de glaire ni de pus. La defécation a toujours était indolore.

Depuis dix-sept jours, brusquement sans cause apparente le malade n'a pas été à la selle, mais il a continué à rendre des gaz. Il y a huit jours, il prend 50 grammes d'huile de ricin : aucun résultat, et le malade vomit sa purgation. Le lendemain même tentative suivie du même résultat. On essaie de lui donner des lavements d'un demi-litre qui pénètrent avec difficulté, sont assez bien tolérés mais ne produisent aucun effet.

Le malade a cessé presque complètement de s'alimenter il boit seulement de l'eau filtrée. Il vomit sept ou huit fois en dix-sept jours du mucus et de la bile.

L'état général reste bon, sauf des douleurs au niveau du creux épigastrique. La soif est vive. Les urines assez rares (densité : 1.038 ; urée : 41 gr. 6 ; albumine : traces ; sédiments: phosphates ammoniacaux magnésiens et urates d'ammoniaque).

A l'examen, le 11 décembre, le ventre est météorisé très tendu, d'exploration difficile.

A la percussion, le cœcum est dilaté, sonore, ainsi du reste que le côlon transverse et le côlon descendant.

Inspection : Péristaltisme intestinal visible sous la paroi.

Toucher rectal : On a la sensation d'une calotte intestinale, que l'on refoule sans que le doigt puisse arriver sur la portion sténosée.

Prostoscopie : On emploie le tube de 25 centimètres. A 20 centimètres le tube ne peut plus progresser, il semble qu'il existe en ce point un obstacle, qui n'apparaît pas pourtant dans la lumière du protoscope.

Opération, le 12 décembre 1905 (M. Lecène, aide : M. Okinczyc). Anesthésie chloroformique. Incision iliaque droite de 8 centimètres à un travers de pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On ouvre le péritoine : il s'écoule du liquide ascitique. Le cœcum très distendu fait hernie dans la plaie. On fixe une bosselure cœcale par un surjet séro-musculeux de sose n° 2. On attire alors la portion du cœcum herniée avec deux pinces de Kocher. On faufile en bourse une soie n° 2 autour du futur orifice dans lequel on mettra le tube de caoutchouc. Cette soie est passée seulement dans la musculo séreuse. Ensuite au sommet de la bosselure extériorisée. incision de la paroi intestinale : des gaz abondants et fétides s'en échappent. On introduit alors un tube en caoutchouc et on serre la ligature en bourse autour de cette sonde. Par surcroît de précau-

tion, on fixe à l'intestin la sonde par un catgut 0. Réunion de la plaie au catgut et au crin.

Pansement : A ce moment des matières liquides s'échappent avec bruit par la sonde ; l'intestin n'a pas perdu la faculté de se contracter et nous assistons aussitôt à la formation d'ondes péristaltiques intermittentes suivies chaque fois de l'expulsion bruyante de matières.

Suites opératoires : Guérison le 3 janvier. Trois selles spontanées par l'anus normal.

Deuxième opération : le 22 janvier 1906 (M. Hartmann). Cœliotomie exploratrice sous ombilicale. On reconnaît l'existence d'une tumeur cancéreuse inopérable du côlon pelvien. On referme.

Troisième opération, le 26 février 1906 : Iléo-rectostomie avec exclusion unilalérale du gros intestin. Incision sous-ombilicale médiane ; le néoplasme siège sur le côlon pelvien. Il n'est pas très gros mais le méso est rigide, infiltré, il existe des ganglions à distance, toute tentative d'extirpation est impossible. Comme la paroi antéro supérieure du rectum du Douglas est saine nous faisons avec la pince de Lardennois une iléo-rectostomie du bouton. Puis nous coupons l'iléon au delà de l'anastomose et fermons les deux côtés de la section par un double plan de suture.

Suites opératoires : Assez simples. Le 7 mars ablation du bouton libre dans l'ampoule rectale. A partir de ce moment les selles diminuent de fréquence et le 12 mars le malade ne présente plus que quatre selles par vingt-quatre heures deux le jour et deux la nuit.

Sort guéri le 11 avril.

Revu au mois d'octobre 1906 en très bon état de santé.

A propos de ce malade, Hartmann qui avait vivement combattu l'anastomose entéro-rectale en 1905 disait à la Société de Chirurgie en mars 1906.

Je viens aujourd'hui vous présenter un deuxième cas d'iléo-rectostomie pour néoplasme recto-sigmoïdien et insister sur la simplicité extrême de cette opération lorsqu'on suit la technique Lardennois. »

Observation VII

(Desguins d'Anvers).

In Lardennois, 18e Congrès de Chirurgie.

Cancer de la partie supérieure de l'S iliaque iléo-sigmoïdostomie. — Guérison.

Malade atteint d'un cancer de l'intestin qui laissait libre les deux tiers inférieurs de l'S iliaque.

Opération le 1er août 1904. — Technique habituelle. — Après avoir disposé la moitié légère du bouton sur l'iléon, le chirurgien fait introduire la moitié lourde dans le rectum au moyen de la pince porte-bouton. Il la saisit alors de la main gauche à travers les parois de l'intestin et la fait voyager par glissement jusqu'à la place où il désirait la fixer.

Naturellement l'aide a pendant ce temps retiré le porte-bouton devenu inutile.

L'articulation est opérée par le procédé habituel le plus aisément du monde.

Suites opératoires. — Le malade s'est bien remis. Il est en vie actuellement. — Son état de santé est loin d'être satisfaisant. — Il est en pleine cachexie cancéreuse, mais il n'est plus torturé par la diarrhée et il conserve l'espoir d'une prochaine guérison.

Réflexions. — Ce cas est une heureuse extension du procédé. Il est plus facile et plus sûr de placer ainsi la

pièce dans l'S iliaque que de recourir à la technique habituelle. L'ouverture pratiquée à cet intestin est très minime. Elle est fermée immédiatement par l'articulation des deux parties du bouton. De ce côté les chances d'infection par l'irruption du contenu intestinal sont réduites au minimum.

CONCLUSIONS

Dans l'état actuel de la Chirurgie, l'anus contre nature n'est plus qu'un pis aller.

En debors des accidents d'occlusion aiguë, on doit remplacer la colostomie par l'anastomose intestinale qui laisse le malade dans des conditions physiologiques normales.

Lorsque les lésions siègent sur l'iliaque ou la partie supérieure du rectum, on peut encore éviter l'anus artificiel grâce à l'entéro-rectostomie.

Cette anastomose entéro-rectale ne peut être pratiquée habituellement par le procédé classique des sutures. Ou bien elle n'est pas véritablement entéro-rectale mais entéro-sigmoïdienne, ou bien elle devient trop délicate et trop périlleuse.

Par le procédé de la pince porte-bouton de Lardennois, elle est au contraire d'une exécution rapide simple et facile.

Elle a donné dans les observations ci-dessus des résultats satisfaisants.

Vu : Le Président de la Thèse,
P. BERGER.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)